Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur prognostischen Beurteilung des Stupors bei Katatonie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Overbeck

Medizinalpraktikant aus Schröttinghausen i. Westf.

Bielefeld
Buchdruckerei Ernst Siedhoff
1910.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur prognostischen Beurteilung des Stupors bei Katatonie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Overbeck

Medizinalpraktikant aus Schröttinghausen i. Westf.

□ □ □

Bielefeld
Buchdruckerei Ernst Siedhoff
1910.

Nr. 61.
Rektoratsjahr 1909—10.

Referent: Geh. Medizinalrat
Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Medizinalrat
Prof. Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0033

Vor mehr als dreissig Jahren hat Kahlbaum unter dem Namen der „Katatonie“ ein Krankheitsbild beschrieben, welches der Reihe nach die Zeichen der Melancholie, Manie, des Stupor, bei weniger günstigem Verlauf auch der Verwirrtheit, des Blödsinns darbietet und ausserdem gewisse Krampf- und Hemmungserscheinungen, eben katatonische Störungen zeigt. Diese von ihm gegebene Beschreibung sollte dartun, dass alle bis dahin als Melancholia attonita, Stupor, akute Demenz etc. bezeichneten Zustände in Wirklichkeit nur Erscheinungen einer einzigen Psychose seien. — Diese besonders früher und noch heute viel umstrittene Kahlbaumsche Lehre ist später von Kraepelin weiter ausgebaut worden. Dieser Autor definiert die Katatonie als eine Krankheitsform „mit eigentümlichen, meist in Schwachsinn ausgehenden Zuständen von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Impulsivität und Verschrobenheit, der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen“.

Von anderer Seite werden die Erscheinungen des „katatonen Stupors“ der Gruppe der Dementia praecox zugerechnet, zu der ausserdem noch die Hebephrenie und die Dementia paranoides gezählt werden und die als gemeinsames Charakteristicum die Entwicklung des Leidens in der Pubertät oder doch bald hinterher, jedenfalls in der ersten Lebenshälfte, aufweisen.

Wieder andere Autoren verstehen unter katatonischen Erscheinungen Stupor verschiedenen Grades, stereotype Handlungen, Haltungen und Bewegungen, Flexibilitas cerea

und verwandte Erscheinungen. — Fassen wir diese verschiedenen Ansichten zusammen, so können wir den „katatonen Stupor“ als eine durch psychische Störung bedingte, mehr oder weniger hochgradige Bewegungs- und Regungslosigkeit auf psychischem wie auf motorischen Gebiete definieren.

Die Mehrzahl der Autoren pflegt zu unterscheiden einen Stupor, der bedingt ist durch den Inhalt der Empfindungen und Vorstellungen, secundären oder Pseudostupor, und einen zweiten, der, unabhängig von Empfindung und Vorstellung, zustande kommt durch primäre Hemmung.

Andere wieder führen den Stupor ausser auf primäre Hemmung auf Spannungszustände in der motorischen Sphäre oder auf eine Störung im „Wollen“ der Kranken zurück.

Die Krankheit beginnt in der Regel subacut unter dem Bilde einer leichteren oder schwereren psychischen Depression. Oft gehen schon lange Zeit Erscheinungen von Nervenschwäche voraus. Die Kranken werden still, gedrückt, teilnahmlos, ängstlich, weinerlich, andererseits aber auch reizbar und widerspenstig und klagen über die mannigfachsten Beschwerden. Dieser Zustand kann kürzere oder längere Zeit andauern, so dass sich oft der Beginn des Leidens gar nicht mehr mit Sicherheit feststellen lässt. Oft leitet sich die Krankheit mit mehreren anfallsweise auftretenden traurigen Verstimmungen ein, die durch freie Intervalle getrennt sein können. — Diesen allgemeinen Krankheitssymptomen, die in allen Hauptzügen auch den hebephrenischen Formen zukommen, schliessen sich in mehr oder weniger deutlicher Ausprägung die Zustände des katatonischen Stupors und der katatonischen Erregung an. In einem gewissen Teile der Fälle entwickeln sich allerdings diese Zustände ganz ohne bemerkbare Vorboten aus anscheinend voller Gesundheit heraus. Beherrscht wird der katatonische

Stupor hauptsächlich durch die Erscheinungen des Negativismus, der Befehlsautomatie. So bezeichnet man als Negativismus eine Reihe von motorischen Aeusserungsformen, als deren Kern der grundsätzliche Widerstand gegen äussere Beeinflussung des Willens und auch gegen eigene Impulse anzusehen ist. Jeder Versuch, an der Lage, Stellung oder Haltung eines im katatonischen Stupor befindlichen Kranken eine Aenderung vorzunehmen, führt zu intensiver Anspannung derjenigen Muskeln, die die Antagonisten der beabsichtigten passiven Bewegung sind; und jeder eigene Impuls des Kranken löst einen Gegenimpuls aus, der eine Bewegung nicht zustande kommen lässt, oder die angefangene abbricht. — Die Bilder, die sich aus dieser Störung ergeben, sind sehr mannigfach und eigentümlich, da alle Seiten der motorischen Funktion in Mitleidenschaft gezogen sein können. Die Kranken werden einsilbig, wortkarg, brechen mitten im Wort oder Satz ab, hören allmählich vollständig auf zu sprechen (Mutacismus) oder lispeln nur hier und da leise einige unverständliche Worte, führen auch wohl Selbstgespräche und lachen vor sich hin. Oft sind die Kranken gänzlich unzugänglich für jede äussere Einwirkung, reagieren nicht oder wenig auf Anreden, Berührungen oder Nadelstiche. Dass allerdings weniger die Auffassung der Eindrücke und der Ablauf von Vorstellungen als die Auslösung einer Willenshandlung auf dieselben gestört ist, beweisen bestimmte Anzeichen, z. B. Gesichtsröte bei dringenden Fragen und Zureden, Pulsbeschleunigung und auch schwache Anläufe zu Lippenbewegungen, die die richtige Antwort mit Andeutungen der ersten Silbe zu bilden anfangen wollen, ohne aber zu vollenden. Es ist auffallend, dass vom Kranken gerade das Gegenteil von dem ausgeführt wird, was man ihm befohlen hatte. So ist es z. B. oft möglich, den Kranken dadurch zum Vorwärtsgehen zu veranlassen, dass man ihn scheinbar zurückdrängt oder ihn dazu auffordert. Auch in

einer Reihe von anderen Zügen lässt sich deutlich der grundsätzliche Widerstand gegen die Willensantriebe erkennen, so dulden z. B. manche Kranke keine Kleider an ihrem Körper, legen sich nicht in's Bett, sondern auf den Boden unter das Bett etc.

Als negativistische Erscheinung ist auch der Umstand anzusehen, dass die Kranken oft spontan keine Nahrung zu sich nehmen und dem Einflössen derselben energischen Widerstand entgegensetzen. Wieder andere essen nicht, solange sie sich beobachtet fühlen, oder nehmen nur heimlich das ihnen vorgesetzte Essen. Als weiteres Zeichen des Negativismus ist auch wohl die Unreinlichkeit der Kranken anzusehen; sie halten Kot und Urin oft sehr lange zurück, oder lassen einfach unter sich. Schluckbewegungen, die den massenhaft secernierten Speichel beseitigen sollten, unterbleiben, so dass der Speichel fortwährend am Kiefer herunterläuft, oder oft auch plötzlich in Menge hervorquillt.

Mit dem Negativismus ist ferner eine Einförmigkeit in der Körperhaltung und Muskelanspannung verbunden. Die Folge davon ist, dass man Kranke tage- und wochenlang, ja sogar über Monate hinaus in derselben Stellung verharrend, antreffen kann, ohne Rücksicht natürlich auf Zweckmässigkeit und Bequemlichkeit. Die Kranken stehen z. B. starr auf derselben Stelle bis ihnen die Füsse anschwellen, liegen oft monatelang in derselben Lage — Bauch- oder Rückenlage z. B. — im Bett und müssen gewaltsam gezwungen werden, eine andere Haltung einzunehmen, um Decubitus zu vermeiden. Dazu kommen noch festgehaltene Innervationen eines Muskelgebietes, z. B. nach einer Seite geneigter Kopf, eingeschlagene Daumen, gekreuzte Beine etc., eigentümliche Stellungen des Mundes etc. Wie schon angedeutet, sind die Folgen der anormalen Haltungen oft Rötung, Decubitus, Ulcerationen, ja sogar Lähmungen einzelner Nerven sind beobachtet worden.

Im scheinbaren Gegensatze zum Negativismus steht ein weiteres psychomotorisches Symptom „die Befehlsautomatie", worunter man eine erhöhte Beeinflussbarkeit der motorischen Vorgänge durch fremden Willen oder äussere Einflüsse versteht. Passiv gegebene Stellungen der Glieder, auch wenn sie unbequemster Art sind, die ein Gesunder gar nicht längere Zeit festhalten könnte, werden von den Kranken unter Umständen stundenlang innegehalten. Ebenso werden fremde Aeusserungen aufgenommen und nachgesprochen (Echopraxie und Echolalie). Man kann bei demselben Kranken Negativismus und Befehlsautomatie in verschiedenen Muskelgebieten nacheinander beobachten. Die beiden nur anscheinend entgegengesetzten Zustände des ausgeprägten Widerstrebens und der vollständigen Hingabe an äussere Einflüsse gehen bei den Kranken regellos und ganz unvermittelt ineinander über.

Vielfach spielt offenbar das katatonische Zustandsbild der Erregung in den Stupor hinein. Die Eigentümlichkeit dieser Erregung liegt in dem Auftreten zahlreicher Triebhandlungen und Bewegungsstereotypen. Den Uebergang zur katatonischen Erregung bilden oft Fälle, bei denen oft neben Stummheit, Nahrungsverweigerung und Negativismus ein selbständiger Bewegungsdrang einhergeht, der in monotoner Weise dann bestimmte Bewegungen stundenlang, tagelang wiederholt (Stereotypie). Obwohl die Aeusserungsformen dieser Bewegungsstereotypie sehr verschieden sind, so beobachtet man doch oft folgenden Verlauf:

Plötzlich werden die Kranken am ganzen Körper starr, sinken zu Boden und bleiben in der Stellung eines Gekreuzigten liegen, verdrehen die Augen und machen sehr oft den Eindruck von Hysterischen. Rhytmisches Bewegen des Oberkörpers im Bett wechselt mit Reiben, Scheuern an der Haut bis zum Entstehen von Ulcerationen. Aufblasen der Backen, Schnalzen mit der Zunge, Gehen auf den

Zehenspitzen, Kreisbewegungen sind Aeusserungsformen bei derartigen Zuständen. Jedenfalls tritt bei der katatonischen Erregung der Bewegungsdrang in sinnloser Weise und mit der grössten Heftigkeit in die Erscheinung.

Gemeinsam ist sowohl dem Zustande des Stupors wie auch dem der Erregung das Symptom der Verbigeration, in welchem sich, wie in so vielen ihrer motorischen Aeusserungen, die Neigung der Kranken zur Stereotypie, zur Wiederholung der gleichen Antriebe, auf das deutlichste kundgibt. So werden z. B. kürzere oder längere Sätze, gewöhnlich sinnlosen Inhalts, stunden- oder tagelang in derselben monotonen, rhytmischen Betonung wiederholt, oft schreiend, singend oder lispelnd. Auch in schriftlichen Aufzeichnungen der Kranken findet sich die Verbigeration wieder in dem Wiederholen der gleichen Schnörkel, Buchstaben oder Worte.

Aus dem Vorhergehenden geht hervor, dass Stupor und Erregung trotz ihrer äusseren Verschiedenheit nahe verwandte Zustände in dem Krankheitsbilde darstellen. Oft folgen sie bei dem Kranken unmittelbar aufeinander; indes geht die Erregung dem Stupor oft und sogar in der Regel voraus. Und scheint auch in einem Krankheitsfalle der eine oder andere Zustand vorzuherrschen, so lassen sich doch unschwer Andeutungen des entgegengesetzten Bildes nachweisen.

Eine gewisse Krankheitseinsicht ist meist vorhanden. Die Kranken bezeichnen ihr absonderliches Verhalten als Dummheiten etc., doch fehlt trotz klarer Angaben über die Eigenart ihrer Zustände, die auch wohl als krank bezeichnet werden, ein wirkliches Verständnis für die Schwere der Störung. So wundern sie sich nicht besonders über ihr merkwürdiges Gebahren in der Krankheit und betrachten sich sofort wieder als vollkommen gesund. — Es scheint also das Bewusstsein nicht immer ganz klar zu sein. Wenn

auch die Kranken einzelne Eindrücke fast immer einigermassen gut auffassen, so pflegen sie doch meist keine klare Vorstellung von ihrer Lage und den Vorgängen ihrer Umgebung zu haben. Zugegeben muss allerdings werden, dass sie vielleicht oft darum unorientiert sind, weil sie sich garnicht um ihre Umgebung kümmern und sich keine Mühe geben, aufgenommene Eindrücke zu verarbeiten.

Andererseits aber hat man auch beobachtet, dass Kranke, die scheinbar über lange Zeit hinaus im katatonischen Stupor teilnahmlos dalagen, über Datum und ihre nähere Umgebung vollkommen orientiert waren.

Häufig besteht eine psychische Analgesie ohne jegliche Beeinträchtigung des Bewusstseins, so dass sich z. B. die Kranken vernarbende Wunden ohne Schmerzen wieder aufreissen, Haare ausrupfen und dergleichen.

An körperlichen Erscheinungen findet man ab und zu Steigerung der Sehnenreflexe, erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme und der Muskulatur, auch vermehrte Drüsensekretion, speziell der Speicheldrüsen. —

Soviel von den allgemeinen Krankheitserscheinungen bei dem katatonischen Stupor und den Erregungszuständen.

Wie schon angedeutet, bietet die Erkrankung gerade am Anfang oft unsichere, auch anderen Krankheiten zukommende Erscheinungen, so dass manches Mal die wahre Natur des Leidens verkannt und der Patient für einen Hysteriker oder gar einen groben Simulanten gehalten wird. Nicht zu selten kommt es deshalb vor, dass derartige Leute bei der beginnenden Erkrankung im bürgerlichen Leben, oder, entsprechend dem für die Krankheit besonders disponierten Alter, beim Militär mit den Gesetzen in Konflikt geraten. Infolge der Verkennung des Zustandes wird oft erst nach mehrfacher Bestrafung des Betreffenden die Ursache des sonderbar veränderten Benehmens erkannt.

Ein derartiger Fall von katatonischem Stupor, der hier in der Kgl. Psychiatrischen- und Nerven-Klinik vom 9. III. 09 bis 5. VI. 09 beobachtet wurde, sei im folgenden beschrieben, um hinterher noch auf Aetiologie und Prognose einzugehen.

Der 18jährige Schiffsjunge de Fr. wurde am 9. März 09 nachmittags aus dem Marinelazarett Wik in die Klinik eingeliefert.

Die Vorgeschichte ergibt folgendes:

An Bord S. M. S. Charlotte:

Patient wurde eines Tages von seinem Korporalschaftsführer im Lazarett vorgeführt, weil er die Ausführung von Befehlen unterlassen und auf Fragen sinnlose Antworten gegeben hatte. Da die anderen Jungen seiner Korporalschaft schon einige Tage vorher allerlei Auffälliges in seinem Wesen bemerkt haben wollten, wurde er zur Beobachtung seines Geisteszustandes ins Lazarett aufgenommen.

Eltern und Geschwister des Patienten sind angeblich gesund. Ein Vetter — Sohn der Schwester seiner Mutter —, soll in einer Heilanstalt untergebracht und geisteskrank sein. Weitere Geisteskrankheiten sind angeblich in der Familie nicht vorgekommen. In seiner frühesten Jugend will de Fr. an Krämpfen gelitten haben. Ueber sonstige Krankheiten ist nichts bekannt. In der Schule soll Patient begabt und fleissig gewesen sein.

Auffällig ist sein häufiger Berufswechsel. Nach dem Verlassen der Schule war de Fr. 1½ Jahre bei seinem Vater, einem Tischlermeister, in der Lehre. Darauf ging er, ohne seine Lehrzeit zu beendigen, zur Schlosserei über, die er jedoch nach 6 wöchentlicher Tätigkeit auch wieder aufgab. Er wurde dann bis zu seinem Eintritte bei der Marine als Schiffsjunge von neuem wieder von seinem Vater beschäftigt.

Die körperliche Untersuchung gab keinerlei krankhaften Befund. Die Prüfung seiner geistigen Fähigkeiten zeigte

nirgends Lücken. Seine elementarischen Kenntnisse waren entsprechend seiner Schulbildung genügende. Auch ethische Defekte waren nicht nachweisbar.

In den ersten Tagen seines Lazarettaufenthaltes führte Patient den anderen Kranken gegenüber oft sinnlose und zusammenhangslose Reden. Im übrigen verhielt er sich jedoch unauffällig und verrichtete willig die ihm aufgetragenen Arbeiten im Lazarett. Seine Stimmung war in diesen Tagen eine ruhige, fast heitere.

Nach mehrtägigem Lazarettaufenthalt trat plötzlich jäher Stimmungswechsel ein. Patient weinte viel, und es bestanden lebhafte Versündigungsvorstellungen, von denen sich nachweisen liess, dass sie unbegründeter Art, ja zum grössten Teile direkt erfunden waren. Er äusserte unter anderem auch, dass er seine Pflicht als Schiffsjunge nie recht getan habe und bat zu verschiedenen Malen, um seine frühere Faulheit wieder gut zu machen, „entern“ zu dürfen, um sich einen Teil der Takelage anzusehen, den er noch nicht genau kenne. In einem unbewachten Augenblicke enterte er (nach Angabe eines Offiziers) in einer für sein Leben gefährlichen Weise auf und konnte von einem nachenternden Unteroffizier erst zum Niederentern bewogen werden, nachdem dieser ihm verschiedenes erklärt hatte. Patient wurde von da an, wegen seiner Selbstgefährlichkeit in der Lazarettbadekammer interniert und erhielt eine ihn ständig beobachtende Wache.

Zwei Tage später trat ein Aufregungszustand ein bei ihm, er zerstörte Sachen in seinem Unterkunftsraume, wodurch er sich einige kleinere Verletzungen zuzog, und konnte nur mit Mühe oft von drei Leuten gehalten werden. Er wurde, da die Aufregung nicht nachliess, in eine Transporthängematte eingeschnürrt.

Sinnestäuschungen des Gehörs oder des Gesichts, die diesen Aufregungszustand hätten hervorrufen können, liessen

sich nicht feststellen. Am nächsten Morgen hatte er sich wieder beruhigt.

Seine Stimmung war in den folgenden Tagen eine gedrückte, er verweigerte des öfteren die Nahrungsaufnahme und vernachlässigte auffallend sein Aeusseres. Er brachte auch des weiteren noch Versündigungsideen vor. In seinem ganzen Benehmen, in Antworten z. B. lag etwas Schwerfälliges. Nach und nach verlor sich zum Teil seine gedrückte Stimmung, jedoch blieben noch immer lebhafte Versündigungsideen bestehen, wenn sie auch nicht mehr so zahlreich wie vordem geäussert wurden.

Die kurze Beobachtungszeit gestattete noch keinen Schluss, um was für eine Art geistiger Störung es sich handelte. — Die hauptsächlichsten Symptome weisen auf eine Erkrankung des Affektes und zwar nach der depressiven Seite hin. Das Fehlen einer organischen Erkrankung lässt erwarten, dass, soweit es sich um diesen Anfall handelt, Heilung eintreten wird. Da eine Weiterbehandlung an Bord aus dienstlichen Gründen etc. unmöglich war, auch eine weitere Beobachtung und Behandlung des Kranken an Land notwendig erschien, wurde er wegen akuter Geistesstörung seinem Marineteil zugeführt.

Marinelazarett, Wik, 21. II. 09.

de Fr. macht einen sehr deprimierten Eindruck, er sitzt aufrecht im Bett und stiert dauernd auf einen Fleck mit einem vollkommen inhaltslosen Blicke. Die Gesichtszüge sind starr und maskenartig; die Lippen hält Patient fest aufeinander gekniffen. Gelegentlich bemerkt man ein leichtes Zucken der Mundwinkel. Das Gesicht erscheint im ganzen etwas gedunsen. Der Lidschlag ist äusserst selten; die Pupillen sind mittelweit, kreisrund. Geringe, langsame Reaktion auf Licht und Konvergenz ist vorhanden. Kein Nystagmus.

Der Puls ist um 80. mittelvoll.
Die Herztöne sind leise, aber regelmässig.
Die übrigen Organe bieten keinen krankhaften Befund.
Der Urin ist frei von pathologischen Bestandteilen.
Der Stuhl ist normal an Farbe und Form.

Conjunctival-Reflex:		abgeschwächt.
Gaumen-	„	„
Bauchdecken-	„	lebhaft.
Cremaster-	„	„
Fusssohlen-	„	„
Patellar-	„	beiderseits lebhaft.
Achillessehnen-	„	auszulösen.

Kein Babinski, kein Romberg, kein Fuss- oder Patellar-Klonus.

Die Sensibilität ist in allen Qualitäten am ganzen Körper völlig intakt.

Patient gibt sich grosse Mühe, auch auf tiefe Nadelstiche nicht zu reagieren.

Es findet sich lebhaftes vasomotorisches Nachröten.

Motilitätsstörungen sind nicht nachweisbar.

23. II. 09.

de Fr. sitzt bei der Morgenvisite wieder mit leer vor sich hinstarrendem Blicke aufrecht im Bette. Auf Fragen gibt er zunächst keine Antwort, fängt dann aber stets an, heftig zu weinen und sagt nur: „Ich will wissen, wie es meinen Eltern geht?“ Nur ganz allmählich geht er auf intensive Fragen etwas näher ein, und es ist mühsam, aus ihm herauszubringen, dass er über Zeit und Ort völlig orientiert ist, sowie auch über seine Umgebung. – Seine Fähigkeiten sind seinem Bildungsgrade entsprechend. Merkfähigkeit und Gedächtnis scheinen intakt zu sein. Sein Auffassungsvermögen ist dagegen etwas erschwert. Die Antworten kommen nur zögernd und langsam heraus. de Fr. weint viel, hält sich für einen schlechten Menschen,

fragt nach seinen Eltern, verweigert jede Nahrungsaufnahme und will sich auch nicht waschen lassen. Wenn man seine Arme ausstreckt, lässt er sie sehr lange in dieser unbequemen Stellung. Patient hat das Gefühl, krank zu sein, will elektrisiert werden, um bald wieder gesund zu sein und wieder an Bord zu kommen. — Gestern abend wollte er überhaupt keine Nahrung zu sich nehmen, hat, solange er beobachtet wurde, auch das Essen ruhig stehen lassen, um dann unbeobachtet doch ein paar Bissen davon zu nehmen.

24. II. 09.

Patient liegt dauernd apathisch im Bett, verweigert die Nahrung, isst aber, wenn er sich unbeobachtet fühlt. Gelegentlich ist er ganz rege, spielt mit seinen Stubenkameraden „Dame“ und gewinnt auch im Spiel, nimmt auch mal ein Buch zur Hand und liest etwas. Dann schreibt er auch an seine Verwandten inhaltlich und auch in bezug auf die Schrift ganz ordentliche Karten.

1. III. 09.

Der Befund ist dauernd der gleiche. Jetzt ist deutliche Flexibilitas cerea vorhanden. In seinem Aeusseren zeigt er immer mehr ein stuporöses Verhalten.

Besonders fällt oft seine Unentschlossenheit auf, soll er sich z. B. waschen, so zieht er sich langsam aus, kann dann aber von selbst nicht zum Waschen kommen, und auch jede gütige oder dringende Aufforderung ist vergebens, er lässt sich nicht zum Waschen bewegen und leistet dann auch dem Ankleiden wieder lebhaften Widerstand. Gelegentlich äussert er, untersucht zu werden und zwar speziell sein „Charakter“, er habe nicht „mein und dein unterscheiden können“. Aus einem Brief an seine Eltern und Verwandten geht hervor, dass er irgend welche übertreibende, aufregende Sachen nicht nach Hause berichtet hat, und dass es sich bei seinen Versündigungsideen um unbegründete Selbstvorwürfe handelt. Im übrigen treibt er zeitweise ganz

stumpfsinnige Beschäftigung und wird mit angefangenen Arbeiten nie fertig. — Bei einer gelegentlich an ihm vorgenommenen sicher schmerzhaften Zahnextraktion äussert er keinerlei Schmerz. Manchmal legt er ganz sonderbare Manieren an den Tag, so fällt es ihm einmal Nachts genau um 12 Uhr einmal ein, sein Alter festzustellen, was er auch auf Tag und Stunde exakt fertig bringt. Im übrigen ist seine Stimmung wechselnd, nach heftigen Selbstvorwürfen, in denen er von verbummelter Zeit seines Lebens redet, kommen Stunden, in denen er ruhig, fast manchmal heiter ist, wobei er ernste Dinge in's Lächerliche zieht. — Dann wieder nimmt er plötzlich militärische Haltung ein und ist schwer zu bewegen, sich gemütlich hinzusetzen.

Ganz unmotiviert scheinbar sagt er einmal: „Was ist mit mir los, ich weiss nicht, was ich machen soll. Heimweh habe ich nicht mehr, nur ist mir immer so nahe an's Weinen". Zu anderen Zeiten sieht er wieder das Uebertriebene seiner Anklagen ein, glaubt aber noch viel gut machen zu müssen.

Körperlich hat er, abgesehen von geringen Kopfschmerzen, die zeitweise auftreten, keine Beschwerden. — Die Intelligenzprüfung weist nirgends Lücken auf; Patient vermag sogar die einzelnen Phasen seiner Krankheit genau anzugeben.

Am 9. III. 10 wird er in die Klinik aufgenommen; Befund bei der Aufnahme: de Fr. befindet sich in einem schlechten Ernährungszustande. Sein Gewicht beträgt 56,5 kg. Er sitzt da in starrer Haltung, mit ausdruckslosem Gesicht, etwas gespannt. Die passiv erhobenen Arme lässt er in dieser Stellung stehen. Im übrigen kommt er Aufforderungen nach.

Der Schädel ist anscheinend nirgends empfindlich. Im ganzen zeigt er einen etwas infantilen Habitus. Die Augenbrauen sind zusammengewachsen. Das Auge ist starr und in die Ferne gerichtet. Die Pupillen sind übermittelweit, gleich und rund.

Licht- und Convergenz-Reaktion ist gut.

Der Augenhintergrund ist normal.

Im Facialisgebiet sind keine Störungen nachweisbar.

Die Zunge wird prompt hervorgestreckt, gerade, und zittert nicht wesentlich. Die Gaumenbögen sind gehoben. Der Rachenreflex ist schwach, es besteht starker Foetor ex ore.

Keine artikulatorische Sprachstörung.

Kein Tremor manum.

Die Reflexe der oberen Extremität sind nicht gesteigert.

Die mechanische Muskelerregbarkeit ist erhöht.

Es besteht lebhaftes vasomotorisches Nachröten, der Abdominal-Reflex ist lebhaft, der Cremaster-Reflex deutlich.

Patellar- und Achillessehnen-Reflexe sind lebhaft. Die Zehen flektieren sich schwach plantarwärts beim Bestreichen der Fusssohlen.

Der Gang ist sicher, kein Romberg.

Babinski und Fussklonus nicht vorhanden.

Pinselberührungen werden lokalisiert, Spitze und Knopf im allgemeinen unterschieden. Die Schmerzempfindung ist nicht gestört.

Aufforderungen werden automatenhaft befolgt.

Lungen, Herz, Puls, Abdomen und Urin sind ohne Befund.

Die weitere Untersuchung ergibt folgendes: Patient weiss seinen Namen anzugeben, ist über Zeit und Ort einigermassen orientiert. Monat und Jahr gibt er richtig an, den Tag weiss er nicht. Er fühlt sich krank, über die Art seiner Krankheit sich zu äussern, ist er nicht zu bewegen. Die Fragen, ob er Schmerzen habe, ob er ängstlich sei, verneint er; warum er so still sei, wüsste er nicht, „er sei auch so schweigsam, wenn er allein sei“. Die Frage, ob er Stimmen höre am Tage oder des Nachts, scheint er nicht zu verstehen, erst nach längerem Zögern

antwortet er, „das weiss ich nicht“. — Bei der Untersuchung steht er plötzlich spontan auf, um ein zur Erde gefallenes Blatt aufzuheben. Ueber seine letzte Seereise, deren Ziel und Hafenplätze vermag er sich auszusprechen. Auf die Frage, ob er bei seinem Aufenthalte in Indien unter der Hitze sehr gelitten habe, erwidert er, „die konnte ich ertragen“. Zu seiner Gehorsamsverweigerung auf dem Schiffe sagt er: „Ich konnte nicht immer alles tun“. Ueber sein weiteres Benehmen und Verhalten gibt er nur lückenhaft und zögernd, meist erst auf dringliches Zureden Antwort. Er wünschte damals mit „Du“ statt mit „Er“ angeredet zu werden, weil er oft Verwechslungen beobachtet hätte. Er weiss, dass seine Krankheit zuerst in St. Thomas angefangen habe, dass er aufgeregt und deshalb in die Badekammer eingesperrt worden sei, sich ungebärdig benommen und einen Fluchtversuch unternommen habe. — Auch seiner damaligen Aeusserung, er sähe am Horizonte einen Topf mit vier Quasten etc. erinnert er sich und versucht jetzt auf energisches Zureden eine allerdings unzusammenhängende und unverständliche Erklärung dafür zu geben. — Als er nach gewissen Briefen befragt wird, in denen er sich als Schwindler und Betrüger bezeichnet, sagt er: „Ja, ich dachte, ich hätte alle Leute betrogen, ich habe aber viel Unsinn geschrieben. Ich hatte Heimweh bekommen, hatte ganz andere Gedanken im Kopf“. Auf die Frage, warum er die Badekammer demoliert habe, sagt er: „Ich wollte da nicht schlafen, dachte, ich gehörte da nicht hinein, mein Platz war die Hängematte, nicht die Badekammer“. Als man ihn fragt, ob er damals krank gewesen sei, antwortet er, „gerade wie ich jetzt bin“. Auf Befragen nach seinem jetzigen Befinden sagt er ganz unmotiviert: „Meine Eltern haben mir geschrieben“. Wie er aufgefordert wird, zu Bett zu gehen, bleibt er unentschlossen stehen und muss wiederholt dazu angehalten werden.

10. III. 09. Patient sitzt abends stumpf am Bettrand, nimmt keine Notiz von der Visite, sondern stiert mit leerem Blick vor sich hin. Reagiert nicht auf Anreden.

13. III. Patient liegt stuporös im Bette, spricht nichts. Er lässt sich Briefe von seinen Eltern in die Hand drücken und bleibt dabei völlig regungslos.

17. III. de Fr. ist dauernd still, weint bisweilen und sagt auf Befragen auch die Ursache seiner Traurigkeit, er habe Heimweh. Er spricht spontan kein Wort. Ausgesprochene Flexibilitas cerea. Verweigert seit einigen Tagen die Nahrung und muss mit der Schlundsonde gefüttert werden.

22. III. Patient ist unverändert stuporös, blickt ständig vor sich hin, gibt auf Fragen keine Antwort. Er sieht blass aus, nimmt heute wieder Nahrung zu sich.

27. III. Das Verhalten ist unverändert, antwortet jetzt allerdings mit tonloser Stimme auf Fragen.

31. III. de Fr. ist heute in seinem Verhalten etwas freier. Liest in etwas gezwungener Haltung in illustrierten Zeitschriften und gibt auf Befragen nach dem Inhalte des Gelesenen mit tonloser Stimme, ohne aufzublicken, richtige Antwort.

4. IV. Unverändert gehemmtes Verhalten. Nahrungsaufnahme und Schlaf ist genügend.

20. IV. Patient ist dauernd stuporös, nur während des Besuches seines Vaters ist er aufgeheitert und gesprächig. Dieser Zustand hielt auch einige Tage an, stand auf, fiel dann aber wieder in seinen Stupor zurück. Vorübergehend musste er gefüttert werden, nimmt jetzt sein Essen aber wieder von selbst.

29. IV. de Fr. gibt zeitweise bei der Visite auf Aufforderung die Hand. Liest ab und zu in Zeitschriften, murmelt auch wohl einseitige Antworten. Im übrigen ist er ganz starr. Sein Gesichtsausdruck ist leer, nichtssagend.

4. V. Patient verlangt von selbst bei der Arbeit mithelfen zu dürfen und stellt sich dabei geschickt an. Er ist etwas mitteilsamer und weniger starr.

10. V. Die Besserung scheint anhaltend zu sein. de Fr. ist den ganzen Tag auf, bei der Arbeit anstellig und willig, er spricht mehr und unterhält sich auch mit anderen. Des öfteren spielt er mit anderen Kranken Brettspiele.

15. V. In seinem Wesen ist Patient freundlich, geordnet, vielleicht noch etwas still; er unterhält und beschäftigt sich. Warum er solange nicht gesprochen habe, kann er nicht angeben.

20. V. Patient ist dauernd ruhig nnd freundlich, hilft fleissig bei der Arbeit. Er weiss auch jetzt noch keinen Grund für sein wochenlanges Schweigen anzugeben, kann sich aber wohl daran, wie an alle Phasen seiner Krankheit erinnern.

5. VI. 10. de Fr. ist dauernd ruhig, freundlich und fleissig. In seinem Wesen fällt keinerlei Besonderheit mehr auf. Der Vater holt ihn ab und de Fr. kann als geheilt entlassen werden.

Der vorliegende Fall, der im späteren Verlaufe sich zum typischen Bilde des katatonischen Symptomenkomplexes mit seinem Wechsel von schwerem Stupor und Erregungszuständen entwickelte, bot anfangs Symptome, die an andere Psychosen denken liessen. Ueberhaupt kann die Diagnose bei ähnlichen Fällen, wie dem unserigen, je nach dem Zustandsbilde, das zur Zeit der Untersuchung vorherrscht, leicht oder wohl meistens ausserordentlich schwierig sein. Es ist stets daran zu denken, dass ausgesprochene katatonische Erscheinungen d. h. „abnorm psychomotorische Innervationsverhältnisse mit dem Ergebnis des Negativismus und der Befehlsautomatie“ auch bei anderen Psychosen vorkommen, z. B. bei der Amentia, dem manisch-depressivem Irresein, der progressiven Paralyse, der Paranoia und der Melancholie.

Ja, die Zustände von Benommenheit und Verwirrtheit im Beginne der Erkrankung werden nach Kraepelin nicht zu selten als reine Amentia aufgefasst. Jedoch die der Amentia zugehörigen Symptome der starken Trübung der Auffassungsfähigkeit und Unorientiertheit, sowie der Nachweis des häufigsten ätiologischen Momentes, der Erschöpfung, werden sich bald in den Gegensatz zu den Erscheinungen des Negativismus, der Stereotypie und der Befehlsautomatie stellen, die zwar bei der eigentlichen Amentia nicht ganz zu fehlen pflegen, aber doch schliesslich die Diagnose entscheiden werden. Das „elementar Eintönige der Bewegungen und Handlungen, das Triebartige und Sinnlose" wird stets für Katatonie sprechen.

Von grosser Wichtigkeit ist es endlich, den Negativismus der Katatoniker nicht mit dem ängstlichen Widerstreben und der Hemmung beim manisch-depressivem Irresein zu verwechseln. Auch bei Kranken letzterer Art bleibt oft manche geforderte Bewegung aus, weil Angst oder zu starke Hemmung sie unterdrückt. Man sieht häufig wenigstens Ansätze zu geforderten Bewegungen (Lippenbewegung etc.). Beim Katatoniker kann man beobachten, wie der anfangs auftretende Antrieb unterbrochen, rückgängig gemacht und bei weiterem Antrieb vielleicht sogar ins Gegenteil verwandelt wird.

„Katatonische Bilder bei progressiver Paralyse können ebenfalls zur Verwechslung Anlass geben, ebenso wie vorgeschrittene Verblödung bei Katatonie paralyseähnlich aussehen kann". Die Stuporzustände der Paralytiker lassen sich in erster Linie durch den Nachweis körperlicher Störungen abgrenzen. Ferner pflegt in der Regel auch die Bewusstseinstrübung und Auffassungsstörung schwerer zu sein. Die Muskelspannungen bei der Reflexuntersuchung erschweren oft den Nachweis der organisch-nervösen Symptome der Paralyse. Die Untersuchung der Cerebrospinal-

flüssigkeit wird die Diagnose zwischen katatonischen Erscheinungen und Paralyse in den meisten Fällen klar stellen.

„Die Diagnose der Epilepsie wird immer auf die für diese entscheidenden anamnestischen und sonstigen Zeichen zu stützen sein. Das gleiche gilt für die Hysterie, wobei gesagt werden muss, dass die Unterscheidung von hysterischen Dämmerzuständen und Katatonie manchmal im Moment unmöglich sein kann."

Kraepelin schreibt über die Beziehungen zwischen Hysterie mit Katatonie: „Manche Erregungszustände der Katatoniker ähneln im hohen Grade hysterischen Zuständen, namentlich, wenn sie mit allerlei Krampferscheinungen verbunden sind. Für die Untersuchung ist in erster Linie die psychische Schwäche der Katatoniker zu verwerten, die Zerfahrenheit des Gedankenganges, die Urteilslosigkeit, die unsinnigen Einfälle und Ideenverbindungen, ihre gemütliche Stumpfheit, die Eintönigkeit und Ziellosigkeit ihres Handelns. Diesen Zügen steht die Findigkeit und Ueberlegenheit, die Launenhaftigkeit und Empfindlichkeit, die berechnende Schlauheit und planmässige Hartnäckigkeit der Hysterischen gegenüber".

Eine diagnostisch nicht geringe Bedeutung haben neuerdings Beobachtungen im Verhalten der Pupillen bei Katatonie gewonnen. Mit Hilfe der Westienschen Cornealupe hat man eine für die Katatonie spezifische Eigentümlichkeit der Pupillen gefunden. In sicheren Fällen von Katatonie sind die Pupillen meist auffällig weit, dabei ist ihre Weite oft plötzlich wechselnd. Lichtreflex und akkomodative Verengerung verhalten sich wie bei Gesunden. — „Die Pupillenerweiterung, die beim Gesunden jedes intensivere psychische Geschehen begleitet und die durch das Wechselspiel der psychischen Vorgänge bedingte Unruhe, „Pupillenunruhe", fehlt bei der Katatonie auf der Höhe der Erkrankung fast stets." —

Ueber die Entstehungsursache ist in der Regel nicht viel zu erfahren. Nach einigen Autoren lässt sich in der Mehrzahl der Fälle erbliche Belastung nachweisen. In unserem Falle liess sich anamnestisch mit Sicherheit kein Anhaltspunkt finden.

Gelegentlich hat man nach Schädeltrauma eine Katatonie sich entwickeln sehen und einen direkten Konnex von Schädeltrauma und Katatonie durch eine Giftproduktion im Anschluss an die Verletzung angenommen.

Eine ätiologische Bedeutung kommt vielleicht den schweren Umwälzungen zu, wie sie im Organismus vor sich gehen bei der Gravidität, dem Puerperium, der Laktation, dann auch zur Zeit der Pubertät und des Klimakteriums.

Erwähnt sei auch, dass im Anschluss an Infektionskrankheiten, besonders an Typhus und Scharlach die Ausbildung katatonisch-stuporöser Erscheinungen beobachtet worden ist. —

Ein Teil der Fälle von Katatonie war schon vorher „auffällig“ in nervöser oder psychischer Beziehung. Man findet bei der Anamnese dann oft Angaben, dass der Kranke immer eigenwillig, verschlossen, ein Einspänner, anders als die anderen gewesen sei; und ein nicht geringer Teil war schon vorher geistig minderwertig. Manche von diesen Erscheinungen würden für unseren Fall zutreffen. Aus der Anamnese erfahren wir, dass de Fr. immer ein „Sonderling“ gewesen sei, auch fällt uns vor seinem Eintritt bei der Marine sein häufiger Berufswechsel auf. — Ein schwereres Trauma ist in vorliegendem Falle eigentlich auch nicht vorausgegangen; wohl wird berichtet, dass Patient ungefähr 8 Tage vor dem ersten Auftreten der Krankheit bei sehr bewegter See auf Deck ausgerutscht sei und sich eine geringe Verletzung am Kopf zugezogen, infolgedessen er über Kopfschmerzen geklagt habe; doch dieses Trauma als

auslösendes Moment für die Krankheit anzunehmen, würde man wohl nicht berechtigt sein.

Lang andauernde, starke Insolationen in den Tropen werden wohl auch als Ursachen bezeichnet; doch in unserem Falle kommt dieser Umstand auch wohl nicht in Frage, da Patient bei seinem Aufenthalte in den Tropen nie über Beschwerden von Seiten des Kopfes geklagt hat. —

Besonderes Interesse beansprucht in unserem Falle der günstige Verlauf der Psychose. Nach Hoche ist die Katatonie gekennzeichnet durch den überwiegend ungünstigen Ausgang in geistige Schwäche. Nur ein kleiner Teil erfährt vollständige geistige Wiederherstellung, und auch diese ist häufig nicht endgültig, da die Krankheit die Neigung zum Verlaufe mit Remissionen und neuen Nachschüben hat. Es bleibt deshalb auch bei scheinbarer Genesung die Gefahr eines erneuten Aufflammens des Krankheitsprozesses noch lange bestehen.

Meyer berichtet von 49 zur prognostischen Beurteilung zusammengestellten Fällen; von diesen wurden 14 wiederhergestellt, während 11 mit Defekt heilten und 24 ungünstig verliefen. Die günstigen Fälle waren durch akuten Beginn und allmähliches Abklingen charakterisiert; die katatonischen Symptome dokumentieren sich hierbei in der Regel wesentlich durch früh einsetzenden und lange anhaltenden schweren Stupor. Akuter Beginn und langsames Abklingen bieten also die günstigste Prognose. Ferner ist früh einsetzender, schwerer Stupor, ohne viele andere katatonische Erscheinungen von günstigerer Bedeutung als das Auftreten von stereotypen Bewegungen, Grimassenschneiden, Verbigerieren etc. In den ungünstig verlaufenden Fällen waren erheblich mehr Stereotypien aller Art vorhanden, während der schwere, besonders initiale Stupor ganz zurücktrat.

Kahlbaum fand bei einem Material von 22 Katatonikern in einem Drittel der Fälle Heilung, und betont,

dass es sich nicht um eine Remission handele, sondern dass er die Heilung für eine vollständige halte und Defekte nicht nachweisen könne.

Nach Kraepelin bildet in ca. 59% der Fälle ein eigenartiger, erheblicher Blödsinn den Ausgang der Katatonie: „Die Erregung legt sich, die starre Spannung, der Stupor schwindet, die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen treten in den Hintergrund, aber der Kranke wird nicht frei, sondern zeigt nunmehr die deutlichen Züge der psychischen Schwäche: stumpf, gleichgültig, ohne geistige Regsamkeit, unbekümmert um sich, seine Umgebung, Zukunft, wunsch- und willenlos.“ Eine Heilung beobachtete Kraepelin in ca. 13%, bei denen die krankhaften Störungen so vollständig verschwanden, dass die Genesenen ihre frühere Stellung im Leben wieder wie vordem ausfüllen konnten.

Nicht selten hat man eine Besserung der Psychose eintreten sehen im Laufe der Entwicklung und unter dem Einflusse und Einwirkung einer fieberhaften Erkrankung. So sind Fälle von vollständiger Genesung bekannt nach Typhus, Erysipel, Intermittens.

Andererseits ist die Dauer der Genesung bei Katatonie sehr unsicher, oft nur auf einige oder mehrere Jahre sichergestellt. Selbst nach 8—10 Jahren können noch schwere und zu tiefem Blödsinn führende Rückfälle eintreten.

Bei unserem Patienten haben wir einen früh einsetzenden schweren Stupor, der lange unverändert, nur hier und da von Erregungszuständen unterbrochen, das gleiche Bild bot. Allmählich tritt ein Abklingen des Stupor ein; der Patient wird klarer, williger und bekommt Interesse für sich und die Umgebung. Er ist dauernd ruhig, fleissig und freundlich, vielleicht noch etwas stumpf. Er konnte am 5. VI., ungefähr 5 Monate nach dem ersten Auftreten der Krankheit, als geheilt entlassen werden.

Da wir die eigentlichen Ursachen der Krankheit nicht kennen, besteht die Behandlung nur in der Bekämpfung der einzelnen Krankheitserscheinungen. Während der Stuporzustände tritt die Sorge für Reinhaltung und Ernährung der Kranken in den Vordergrund; und gar nicht selten zwingt die anhaltende Nahrungsverweigerung zur Sondenfütterung. Für die Erregungszustände sind Dauerbäder am Platze oder auch feuchte Wicklungen, während Schlafmittel in der Regel wenig nützen.

Litteratur.

Binswanger u. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie 07.

Kraepelin: Psychiatrie 99.

Meyer: Beitrag zur Kenntnis akut entstehender Psychosen. Archiv für Psychiatrie 32.

Schüle: Klinische Beiträge zur Katatonie. Zeitschrift für Psychiatrie 58.

Schüle: Zur Katatonie-Frage. Zeitschrift für Psychiatrie 54.

Kahlbaum: Zur Kasuistik der Katatonie. Monatsschrift für Psychiatrie 12.

Lebenslauf.

Geboren bin ich, Hermann Heinrich Overbeck, evangel. Konfession, am 20. 8. 83 zu Schröttinghausen im Kreise Halle i. Westfalen als Sohn des Landwirts Hermann Overbeck. Nach dem Besuche der Volksschule wurde ich durch Privatunterricht für's Gymnasium vorbereitet, das ich dann Ostern 1898 zu Gütersloh i. Westf. bezog. Hier bestand ich Ostern 1904 mein Abiturientenexamen. Ostern 04 ging ich nach Freiburg i. Br., um Medizin zu studieren, blieb dort ein Semester, und war dann von Herbst 04 bis Herbst 07 in Greifswald, wo ich auch meine ärztliche Vorprüfung bestand. Von Herbst 07 bis April 08 studierte ich in Leipzig, und genügte dort zugleich meiner Militärpflicht beim Inf.-Rgt. „König Georg“ Nr. 106. Von hier kam ich im Sommersemester 08 nach Kiel, wo ich im Wintersemester 09/10 meine ärztliche Prüfung bestand.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Ueberlassung der Arbeit und die mannigfachen Ratschläge bei der Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.